Паспортная часть.

Ф.И.О. x

Возраст 77 лет.

Образование - среднее неполное.

Место работы - на пенсии.

Дата поступления 7.12.96.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ ПОСТУПЛЕНИЯ: на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, возникшие после употребления кефира, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе;

Также предъявляет жалобы на тяжесть в правом подреберье, возникающую через 1-2 часа после приема жирной, острой пищи, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой желчью, боли проходят в покое, при применении баралгина; также предъявляет жалобы на чувство дискомфорта, тяжести, иногда тупые боли локализующиеся в эпигастральной области и возникающие сразу после приема пищи, эти боли, как правило, проходят самостоятельно, иногда сопровождаются изжогой; также предъявляла жалобы на общее недомогание, слабость, головную боль.

***Жалобы на момент курации*** на незначительные тянущие боли в левой подвздошной области, появляющиеся, как правило, во второй половине дня, через 3-4 часа после приема пищи; на запор (до 1-2 дней).

Жалобы со стороны других систем: предъявляет жалобы на боли за грудиной, сжимающего характера, появляющиеся после физической или эмоциональной нагрузки (подъем на 2 этаж) и проходящие после приема нитроглицерина под язык. На головную боль в висках и тяжесть в затылке после эмоциональной нагрузки, проходящую после приема таблетки адельфана, или но-шпы.

За время пребывания в клинике отмечает значительное улучшение - боли стали беспокоить только во вторую половину дня, и, как правило, проходят или уменьшаются после дефекации, а также отказе от вечернего приема пищи; слабость, недомогание и головные боли не беспокоят пациентку.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Считает себя больной с 1974 года, когда после перенесенной дизентерии (по поводу которой госпитализировалась в больницу им. С. П. Боткина), когда появились постоянные ноющие боли, локализующиеся в левой подвздошной области и около пупка, которые возникали, как правило, после приема острой пищи, кисломолочных продуктов, капусты и свеклы; с этого же время стала отмечать склонность к запорам (до 1-2 дней), часто боли сопровождались вздутием живота, урчанием в животе. В связи с этим принимала активированный уголь, слабительные средства (касторовое масло, настой листьев сенны, капустный сок, кефир). До настоящего времени примерно два раза в год отмечала ухудшения течения заболевания - усиление болей, появление тянущих болей при дефекации, появление слабости, головной боли, по поводу чего обращалась в поликлинику по месту жительства, где неоднократно обследовалась (был поставлен диагноз хронический колит), однако систематически терапию не получала (занималась самолечением). В августе 1996 года проходила обследование гастрологическом центре №6, где на основании данных ирригографии, колоноскопии, ректороманоскопии был поставлен диагноз хронический колит. Тогда же при ультразвуковом исследовании обнаружены конкременты желчного пузыря (поставлен диагноз желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.). При фиброгастродуоденоскопии был выявлен хронический гастродуоденит, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс.

С декабря 1996 года отмечает ухудшение - стали беспокоить постоянные, ноющие боли в левой подвздошной области, околопупочной области, а иногда по всему животу; тянущие боли при дефекации, задержка стула до 3-4 дней; также появились общее недомогание, слабость, головная боль. Однако пациентка не обращалась за помощью (принимала активированный уголь, сенаде). В январе после злоупотребления острой пищей почувствовала еще большее ухудшение (тянущие боли по всему животу, боли в правой подвздошной области при дефекации; тяжесть в правом подреберье, тошнота, однократная рвота желчью, боли в эпигастральной области), по скорой помощи была доставлена в гастроэнтерологическое отделение 3-й городской больницы.

В настоящее время получает патогенетическую и симптоматическую терапию (антациды, спазмолитики, дезинтоксикационную терапию, витамины). Отмечает значительное улучшение состояния: боли стали беспокоить только во вторую половину дня, и, как правило, проходят или уменьшаются после дефекации, а также отказе от вечернего приема пищи; слабость, недомогание и головные боли не беспокоят пациентку. Боли в эпигастральной области беспокоят значительно меньше, как правило, после обильной пищи.

Примерно с июля 1996 года, больная стала отмечать боли в правом подреберье после приема острой, жирной пищи, которые возникали через 1-2 часа после приема пищи, и проходили через 3-5 часов (как правило, во время этих приступов больная ограничивала себя в еде). Боли проходили самостоятельно, или при применении таблеток баралгина, но-шпы. Одновременно с приступами болей отмечала привкус горечи во рту, тошноту, иногда рвоту (иногда отмечала рвоту желчью). При обследовании в гастроцентре был поставлен диагноз желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Родилась в Калининградской области, в 1919 году, единственным ребенком в семье. В школу пошла в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала, после окончания 4 классов работала разнорабочим на стройке.

Семейный анамнез: за мужем с 1940 года. Имеет сына.

Наследственность: отец умер в 75 лет от инфаркта миокарда, мать в 92 года от пневмонии.

Профессиональный анамнез: работала с 11 лет на стройке разнорабочим, затем плотником в течение 10 лет, с 1945 по 1979 год работала на производственном предприятии “Светлана” монтажником. С 1979 года на пенсии. Профессиональных вредностей не было.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. В 1947 году переболела малярией. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекции не было. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжала. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, Б-4, Р-1, А-3. Менопауза с 50 лет. Осмотрена гинекологом в октябре 1996 года - без патологии.

Привычные интоксикации: алкоголем не злоупотребляет, не курит.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Страховой анамнез: инвалидность 2 группы с января 1979 года (травматическая гангрена первого пальца на руке).

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 155 см, вес 59.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

*Костно-мышечная система*. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Молочные железы при пальпации без особенностей, сосок без особенностей.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

*Щитовидная железа* не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

*Сердечно-сосудистая система*. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 140/90 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, увеличенной протяженности (около 3.5 см).

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье |  |
|  |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре |
|  |
| левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5 |
| межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Ослаблены на верхушке, ритмичные.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

*Система органов дыхания*. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

*Система органов пищеварения*.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется болезненная, переполненная, плотной консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка при пальпации болезненны, переполнены, плотной консистенции. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки слегка болезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси +/-, Мерфи отрицательный, Ортнера сомнителен. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

*Мочеполовая система*. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.

*Нервно-психический статус*. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Основное заболевание: Хронический колит, в стадии обострения. Хронический гастродуоденит в стадии начала ремиссии. Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, в стадии начала ремиссии. Геморрой вне обострения.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения второй функциональный класс. Гипертоническая болезнь 2 ст.

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.

Диагноз хронический колит поставлен на основании жалоб больной на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, возникшие после употребления кефира, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе; на основании данных анамнеза: считает себя больной с 1974 года, когда после перенесенной дизентерии, когда появились постоянные ноющие боли, локализующиеся в левой подвздошной области и около пупка, которые возникали, как правило, после приема острой пищи, кисломолочных продуктов, капусты и свеклы; с этого же время стала отмечать склонность к запорам (стул отсутствовал до 1-2 дней), часто боли сопровождались вздутием живота и урчанием. В связи с этим принимала активированный уголь, слабительные средства (касторовое масло, настой листьев сенны, капустный сок, кефир). До настоящего времени примерно два раза в год отмечала ухудшения течения заболевания - усиление болей, появление тянущих болей при дефекации, вздутие живота, плохое отхождение газов; появление слабости, головной боли. В поликлинике был поставлен диагноз хронический колит. В августе 1996 года обследовалась в гастрологическом центре №6 (производилась ирригография, колоноскопия, ректороманоскопия и был поставлен диагноз хронический колит).

На основании данных объективного исследования: при глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется болезненная, переполненная, плотной консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка при пальпации болезненны, переполнены, плотной консистенции.

Диагноз желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит поставлен на основании характерных жалоб больной: на тяжесть в правом подреберье, возникающую через 1-2 часа после приема жирной, острой пищи, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой желчью, боли проходят в покое, при применении баралгина; на основании данных анамнеза: в августе 1996 года во время последнего обострения обследовалась в гастроэнтерологическом центре, где при УЗИ были обнаружены конкременты желчного пузыря, утолщение стенки желчного пузыря. На основании данных объективного исследования: желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси +/-, Мерфи отрицательный, Ортнера сомнителен. Френикус симптом отрицательный.

Хронический гастродуоденит поставлен на основании жалоб больной на: чувство дискомфорта, тяжести, иногда тупые боли локализующиеся в эпигастральной области и возникающие сразу после приема пищи, эти боли, как правило, проходят самостоятельно, иногда сопровождаются изжогой;

на основании данных анамнеза - отмечает подобные симптомы примерно в течение последних 10 лет, во время последнего обследования в гастроэнтерологическом центре при фиброгастроскопии был поставлен диагноз хронический гастродуоденит, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс. На основании данных объективного исследования: язык обложен сероватым налетом, при пальпации отмечается некоторая резистентность в эпигастральной области.

Диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения второй функциональный класс был поставлен на основании жалоб больной на: боли за грудиной, сжимающего характера, появляющиеся после физической или эмоциональной нагрузки (подъем на 2 этаж) и проходящие после приема нитроглицерина под язык, на основании данных анамнеза - страдает стенокардией в течение последних 15 лет - отмечает типичные приступы болей (боли за грудиной, сжимающего характера, возникающие после физической нагрузки - подъем на 1-2 этажа, сопровождающиеся одышкой и проходящие после приема нитроглицерина под язык). На основании данных объективного исследования: расширение границ сердца влево, приглушенность тонов при аускультации, при пальпации определяется разлитой, ослабленный верхушечный толчок.

Диагноз гипертоническая болезнь 2 ст. поставлен на основании жалоб больной: на головную боль в висках и тяжесть в затылке после эмоциональной нагрузки, проходящую после приема таблетки адельфана, или но-шпы.

На основании анамнеза - отмечается постоянное повышение артериального давления с 1987 года. Отмечала примерно 4 гипертонических криза (до 220/160), рабочее давление 140/100 мм. Рт. Ст.; на основании данных объективного исследования: при аускультации над аортой отмечается акцент первого тона, пульс напряженный, хорошего наполнения, высокий. АД 150/100 мм.рт.ст. 2 стадия поставлена на основании: неустойчивого повышения АД, данных говорящих о вовлечение в процесс левого желудочка (расширение границ влево, разлитой, ослабленный верхушечный толчок, акцента второго тона над аортой).

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО.

1. Клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. анализ кала на яйца глист
4. анализ крови Ф-50 и на RW
5. биохимический анализ мочи: АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ5, холестерин, липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий.
6. Копрограмма, анализ кала на скрытую кровь
7. посев кала на дизгруппу
8. электрокардиография
9. эхокардиография
10. ирригоскопия
11. ректороманоскопия
12. фиброгастроскопия
13. УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень)
14. Консультация окулиста.

***Данные лабораторных исследований***:

Клинический анализ крови от 10.1.97.

гемоглобин 126 г\л

эритроциты 3.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 3 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 7 мм\ч

Клинический анализ крови от 12.1.97

гемоглобин 126 г\л

эритроциты 3.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 3 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 7 мм\ч

Анализ мочи 9.1.97.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Анализ мочи 15.1.97.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1015

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 0-1 в поле зрения

Анализ мочи 23.1.97.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1010

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 0-1 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Биохимический анализ крови:

мочевина 6.4 - норма

креатинин 0,07 - норма

холестерин 8.3 норма

билирубин 10.88 - норма

АЛТ - 0.4 - норма

Электрокардиография от 14.1.97. RR=0.80,PQ=0.16, ЧСС 0.34 QT 0.33, QRS 0.064

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Косвенные признаки начальной гипертрофии левого желудочка и левого предсердия. Ухудшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки.

Электрокардиография от 20.1.97. Синусовый ритм 72 удара в минуту, по сравнению с ЭКГ с ЭКГ улучшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки.

Эхокардиография от 16.1.97. Заключение: размеры полостей сердца, толщина миокарда и его сократительная способность в пределах нормы. Уплотнение стенок корня аорты. Раскрытие всех клапанов достаточное. Нарушений локальной сократимости миокарда нет.

УЗИ от 15.1.97. Почки обычной формы, чашечно-лоханочная система не расширены. Надпочечники - норма.

Консультация окулиста 23.1.97. Жалоб на глаза нет. Передние отрезки глаз не изменены, оптические среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва розовый, контуры четкие, артерии умеренно сужены.

Ирригоскопия 12.12.96: плохая подготовка, в восходящем отделе - содержимое. Все отделы заполнились контрастом и воздухом, сужений нет. Гаустрация выражена во всех отделах, обычная. Двойной перегиб в области ректосигмоидного угла, полностью расправляется. Опорожнение длительное. Видимые участки слизистой в нисходящим отделе - утолщенные складки. Участком депо контраста не определяется. Заключение: органических изменений не определяется. Нельзя исключить нисходящий колит.

Ректороманоскопия. 14. 12.96. Тубус введен на 20 см. Дальнейшее исследование не возможно из-за плохой подготовки. На осмотренном участке слизистая гиперемирована, складчатость выражена. Сосудистый рисунок, тонус кишки сохранены, образований не выявлено.

Заключение: колит, хронический геморрой вне обострения.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: хронический колит, обострение. Хронический гастродуоденит в начале ремиссии. Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит вне обострения. Хронический геморрой вне обострения.

Сопутствующие: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения второй функциональный класс. Гипертоническая болезнь 2 ст.

ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА.

Диагноз хронический колит поставлен на основании жалоб больной на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, возникшие после употребления кефира, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе; на основании данных анамнеза: считает себя больной с 1974 года, когда после перенесенной дизентерии, когда появились постоянные ноющие боли, локализующиеся в левой подвздошной области и около пупка, которые возникали, как правило, после приема острой пищи, кисломолочных продуктов, капусты и свеклы; с этого же время стала отмечать склонность к запорам (стул отсутствовал до 1-2 дней), часто боли сопровождались вздутием живота и урчанием. В связи с этим принимала активированный уголь, слабительные средства (касторовое масло, настой листьев сенны, капустный сок, кефир). До настоящего времени примерно два раза в год отмечала ухудшения течения заболевания - усиление болей, появление тянущих болей при дефекации, вздутие живота, плохое отхождение газов; появление слабости, головной боли. В поликлинике был поставлен диагноз хронический колит. В августе 1996 года обследовалась в гастрологическом центре №6 (производилась ирригография, колоноскопия, ректороманоскопия и был поставлен диагноз хронический колит).

На основании данных объективного исследования: при глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется болезненная, переполненная, плотной консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка при пальпации болезненны, переполнены, плотной консистенции. На основании данных инструментального исследования: Ирригоскопия 12.12.96 Заключение: органических изменений не определяется. Нельзя исключить нисходящий колит.

Ректороманоскопия. 14. 12.96. на осмотренном участке слизистая гиперемирована, складчатость выражена. Сосудистый рисунок, тонус кишки сохранены, образований не выявлено. Заключение: колит, хронический геморрой вне обострения.

Диагноз желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит поставлен на основании характерных жалоб больной: на тяжесть в правом подреберье, возникающую через 1-2 часа после приема жирной, острой пищи, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой желчью, боли проходят в покое, при применении баралгина; на основании данных анамнеза: в августе 1996 года во время последнего обострения обследовалась в гастроэнтерологическом центре, где при УЗИ были обнаружены конкременты желчного пузыря, утолщение стенки желчного пузыря. На основании данных объективного исследования: желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси +/-, Мерфи отрицательный, Ортнера сомнителен. Френикус симптом отрицательный.

Хронический гастродуоденит поставлен на основании жалоб больной на: чувство дискомфорта, тяжести, иногда тупые боли локализующиеся в эпигастральной области и возникающие сразу после приема пищи, эти боли, как правило, проходят самостоятельно, иногда сопровождаются изжогой; на основании данных анамнеза - отмечает подобные симптомы примерно в течение последних 10 лет, во время последнего обследования в гастроэнтерологическом центре при фиброгастроскопии был поставлен диагноз хронический гастродуоденит, недостаточность кардии, дуоденогастральный рефлюкс. На основании данных объективного исследования: язык обложен сероватым налетом, при пальпации отмечается некоторая резистентность в эпигастральной области; на основании данных лабораторного и инструментального исследований проведенных во время последнего обследования больной в гастроэнтерологическом центре: при фиброгастоскопии обнаружены признаки хронического гастродуоденита, дуоденогастральный рефлюкс.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛИТА, ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРОДУОДЕНИТА, ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Лечение хронического колита в период обострения проводится в стационаре. Показано частое дробное питание (4-6, раз в сутки). Диета - механически щадящая (слизистые супы, пюре, фрикадельки, паровые мясные и рыбные котлеты и т.д.). Пища должна содержать 100-120 г белка, 100-120 га легко усвояемых жиров (сливочное, растительные масла), около 400-500 г углеводов. В период наибольшей остроты процесса временно ограничивают поступление в организм углеводистых продуктов (до 350 и даже 250 г) и жиров. Жиры переносятся и усваиваются большими хроническими заболеваниями кишечника лучше, если они поступают в организм не в чистом виде, а в связи с другими пищевыми веществами (в процессе кулинарной обработки пищи). Переносимость углеводов и растительной клетчатки значительно повышается при их соответствующей кулинарной обработке (протирание, варка на пару, в наиболее тяжелых случаях - гомогенизированные овощные пюре и пр.).

Витамины назначаю внутрь в виде поливитаминов или парентерально (С, В 2, В6, В12 и др.). Фрукты используют в виде киселей, соков, пюре, в печеном виде (яблоки), а период ремиссии - и в натуральном виде, за исключением тех, которые способствуют усиление процессов брожения в кишечнике (виноград) или обладают послабляющим действием, что нежелательно при поносах (чернослив, инжир и др.). Холодная пища и напитки, низкомолекулярные сахара, молочнокислые продукты с кислотностью выше 90 градусов по Тернеру усиливают перистальтику кишечника, поэтому их при обострениях колита и поносах назначать не следует. Исключают острые приправы, пряности, тугоплавкие жиры, черный хлеб, свежие хлебные продукты из сдобного или дрожжевого теста, капусту, свеклу, кислые сорта ягода и фруктов, ограничивают поваренную соль. Основная диета в период обострения - №2, 4 и 4а (при преобладании бродильных процессов), по мере стихания воспалительного процесса - диета №4б и более расширенная, приближающаяся к нормальной - диета №4в (пищу назначают в непротертом виде). Полезно ацидофильное молоко (150-200 г3 раза в день). При наличии сопутствующих заболеваний (холецистит, панкреатит, атеросклероз) в диету вводят необходимые коррективы.

В период обострений хронических колитов назначают на короткое время антибиотики широкого спектра действия (тетрациклины, левомицетин, аминогликозиды и др.). Или сульфаниламидные препараты (сульгин, фталазол) в обычных дозах. Наиболее эффективным во многих случаях является назначение энтеросептола (по 0.25 - 0.5 г 3 раза в день), мексаформа, интестопана, которые оказывают угнетающее действие в первую очередь на патогенную флору кишечника, уменьшают бродильные и гнилостные процессы. Полезны колибактерин, бифидумбактерин, бификол, лактобактерин, которые назначают по 5-10 доз в день (в зависимости от тяжести заболевания).

С целью повышения реактивности организма назначают подкожно экстракт алоэ (по 1 мл 1 раз в сутки, 10-15 инъекций), пеллоидин (внутрь по 40-50 мл 2 раза в день за 1-2 часа до еды или в виде клизм по 100 мл 2 раза в день в течение 10-15 дней), проводят аутогемотерапию.

При проктосигмоидите назначают микроклизмы (ромашковые, таниновые, протарголовые, из взвеси висмута нитрата), а при проктите - вяжущие средства (ксероформ, дерматол, цинка окись и др.) в свечах, нередко в комбинации с белладонной и анестезином “Анестезол”, “Анузол”, “Неоанузол” и др.).

При поносе рекомендуются вяжущие и обволакивающие средства (танальбин, тансал, висмута нитрат основной, белая глина и др.). Настои и отвары растений содержащие дубильные вещества (отвары 15 к 200 корневищ змеевика, лапчатки или кровохлебки по 1 столовой ложке 3-6 раз в день, настой или отвар плодов черемухи, плодов черники, соплодий ольхи, травы зверобоя и др.), холинолитики (препараты белладонны, атропина сульфат, метацин и др.). Холино - и спазмолитики назначают при спастическом колите.

При выраженном метеоризме рекомендуется уголь активированный (по 0.25 - 0.5 г 3-4 раза в день), настой листа мяты перечной, цветков ромашки и другие средства. Если понос обусловлен в первую очередь секреторной недостаточностью желудка, поджелудочной железы, сопутствующим энтеритом, полезны препараты пищеварительных ферментов - панкреатин, фестал и др.

Большое место в терапии обострений хронических колитов занимают физиотерапевтические методы (кишечные орошения, грязевые апликации, диатермия и др.) и санаторно-курортное лечение (Ессентуки, Железноводск, Друскининкай, местные санатории для больных с заболеваниями кишечного тракта).

ЛЕЧЕНИЕ.

Режим 2, диета 4.

Rp.: Vicalini

D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

Rp.: Methacini 0.002

D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pancitrati

D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.

Rp.: Adelfani

D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.

Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml

Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml

D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0

Sol. Kalii chloridi 5% 20.0

Sol. Peptyllini 5.0

Vitamini B 1.0

D. Вводить внутривенно капельно 1 раз в день.

ПРОГНОЗ. В отношении жизни - благоприятный, в отношении выздоровления относительно неблагоприятный, однако при соблюдении рекомендаций возможная длительная ремиссия.

ПРОФИЛАКТИКА. Необходимо соблюдение рационального режима питания, полноценной диеты, тщательного прожевывания пищи, своевременной санации полости рта, а при необходимости - протезирования зубов, занятий физической культурой и спортом, укрепления нервной системы.

ЭПИКРИЗ.

x поступила в отделение гастроэнтерологии городской больницы №3 7 декабря 1996 года с жалобами: на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, возникшие после употребления кефира, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе; Также предъявляла жалобы на тяжесть в правом подреберье, возникающую через 1-2 часа после приема жирной, острой пищи, сопровождающейся тошнотой, иногда рвотой желчью, боли проходят в покое, при применении баралгина; также предъявляет жалобы на чувство дискомфорта, тяжести, иногда тупые боли локализующиеся в эпигастральной области и возникающие сразу после приема пищи, эти боли, как правило, проходят самостоятельно, иногда сопровождаются изжогой; также предъявляла жалобы на общее недомогание, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что подобные боли по ходу толстой кишки регулярно беспокоят пациентку после перенесенной в 1974 году дизентерии.

На основании жалоб больной, данных объективного исследования, и данных инструментальных и лабораторных исследований был поставлен диагноз: хронический колит, обострение. Хронический гастродуоденит в начале ремиссии. Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит вне обострения. Хронический геморрой вне обострения.

Сопутствующие: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения второй функциональный класс. Гипертоническая болезнь 2 ст.

Проводилось патогенетическая, симптоматическая терапия (дезинтоксикационная терапия, холинолитики, антациды). За время пребывания в отделении состояние значительно улучшилось: боли в животе не беспокоят; слабость, недомогание и головные боли не беспокоят пациентку.

Пациентка выписана под наблюдение участкового терапевта, с рекомендациями соблюдать диету (механически, химически, термически щадящая пища; ограничение углеводов), регулярно проводить очистительные и лекарственные клизмы.

Список использованной литературы.

1. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств. В.К.Лепехин, Ю.Б. Белоусов, В.С. Моисеев. Москва, Медицина, 1988.
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства часть 1 и 2. Москва , “Медицина”, 1987.
3. Справочник практического врача, 1 и 2 том, под редакцией Воробьева А.И. , Москва, Медицина, 1992.
4. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М. Медицина , 1980 г.

|  |  |
| --- | --- |
| дата | жалобы, объективно |
| 15.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, возникшие после употребления кефира, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней); на вздутие и урчание в животе;  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностной пальпации определяется болезненность в околопупочной области, правой и левой подвздошной областях. При глубокой пальпации пальпируется спазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется переполненная, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 16.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, на тянущие боли во время дефекации, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на запор (в течение 3 дней);  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностной пальпации определяется болезненность в околопупочной области, правой и левой подвздошной областях. При глубокой пальпации пальпируется спазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется переполненная, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 17.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, на чувство неполного опорожнения после акта дефекации; на вздутие и урчание в животе;  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностной пальпации определяется болезненность в околопупочной области, правой и левой подвздошной областях. При глубокой пальпации пальпируется спазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется переполненная, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 18.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, чувство неполного опорожнения после акта дефекации;  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностной пальпации определяется болезненность в околопупочной области, правой и левой подвздошной областях. При глубокой пальпации пальпируется спазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется плотная, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 19.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области и около пупка, Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностной пальпации определяется болезненность в околопупочной области, правой и левой подвздошной областях. При глубокой пальпации пальпируется спазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 21.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области ;  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: при поверхностная пальпация безболезненна . При глубокой пальпации пальпируется плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется плотноэластической консистенции, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь.  Rp.: Sol. Natrii chloridi 0.9% 200.0  Sol. Kalii chloridi 5% 20.0  Sol. Peptyllini 5.0  Vitamini B 1.0 |
| 22.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы на тупые, ноющие боли в левой подвздошной области;  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: поверхностная пальпация безболезненна. При глубокой пальпации пальпируется плотноэластической , консистенции, безболезненная ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется переполненная, подвижная, плотноэластической консистенции болезненная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь. |
| 23.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалобы нет.  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ:. При глубокой пальпации пальпируется, плотноэластической консистенции, безболезненная ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется переполненная, безболезненная, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день.  Rp.: Sol. Papaverini 2% 2 ml  Sol. Plathyphillini 0.2% 1 ml  D. Вводить внутримышечно 1 раз в день, на ночь. |
| 24.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалоб нет.  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ:. При глубокой пальпации пальпируется, плотноэластической консистенции, безболезненная ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется плотноэластической консистенции, подвижная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день. |
| 25.01.97.  АД 140/90  t 36.6 | жалоб нет.  Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, видимые слизистые бледно-розового цвета, язык обложен сероватым налетом. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, одинаковый на обеих руках.  Дыхание при аускультации везикулярное, проводится во все отделы легких. Тоны сердца слегка приглушены, акцент второго тона над аортой.  ЖКТ: При глубокой пальпации пальпируется неспазмированная, плотной консистенции ободочная кишка, в левой подвздошной области пальпируется плотноэластической консистенции, подвижная, безболезненная сигмовидная кишка. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Покалачивание по поясничной области безболезненно.  Режим 2, диета 4.  Rp.: Vicalini  D.S. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.  Rp.: Methacini 0.002  D.S. принимать по 1 таблетке 3 раза в день.  Rp.: Pancitrati  D.S. По 2 капсулы 3 раза в день.  Rp.: Adelfani  D.S. Принимать по 1 таблетке 2 раза день. |